

# Fragen und Verstehen

## Wissenskonstitution im Gespräch zwischen Arzt und Patient

*Thomas Spranz-Fogasy / Heide Lindtner*

- 1 Einleitung
- 2 Eine Beschwerdenschilderung in zwei Fassungen
- 3 Eine Frage – viele Bezüge, viele Implikationen
- 4 Viele Fragen – der weitere Gesprächsverlauf
- 5 Interaktive Ressourcen des Verstehens
- 6 Schlussbemerkungen

### 1 Einleitung

Gesprächsteilnehmer haben unterschiedliche Wissensvoraussetzungen, unterschiedliche Fähigkeiten und unterschiedliche Interessen, Meinungen und Erwartungen. Sie interessieren sich aber in der Regel nicht für diese Unterschiede als solche, sondern explizieren oder erfragen sie nur insofern, als dies aus ihrer jeweiligen Perspektive zur Erreichung interaktiver Handlungsziele erforderlich ist. Dies wird besonders deutlich in institutionell geprägten Interaktionen, in denen professionelle Agenten mit spezifischen, institutionell geprägten Kompetenzen mit institutionenferne(re)n Interaktionspartnern kommunizieren. Ein in dieser Hinsicht paradigmatischer Bereich sind ärztliche Gespräche mit Patienten, weil hier beispielsweise verschärfte Bedingungen des Wissensabgleichs<sup>1</sup> herrschen und die

---

1 In unserem Beitrag verwenden wir einen vortheoretischen Wissensbegriff. Wir beziehen uns damit auf unterschiedlich modalisierte Darstellungen von Sachverhalten (z. B. als faktisch oder subjektiv gekennzeichnete Darstellungen) und inferenzielle Bezugnahmen, die im Gespräch von den Teilnehmern geäußert oder auf andere Weise manifest gemacht werden.

Zweckorientierung der Beteiligten per se eklatant ist: Es geht um den Abgleich des subjektiven Beschwerdenwissens von Patienten mit dem medizinischen Fachwissen des Arztes zur Feststellung einer Diagnose und Entwicklung einer Behandlung der Beschwerden. Dieser Abgleich und die interaktive Wissenskonstitution geschieht im Wesentlichen mit sprachlichen Mitteln.

Eine zentrale Frage dabei ist, wie Ärzte ihre Patienten verstehen und wie ihr Verständnis, ihr Nichtverstehen und ihre Verstehensprobleme bzgl. der Darstellungen von Patienten in ihren Äußerungen dokumentiert und damit auch für die Patienten verdeutlicht werden, um die gemeinsame interaktive Aufgabe der Beschwerdenexploration kooperativ bearbeiten und die weiteren Handlungsschritte eines ärztlichen Gesprächs:<sup>2</sup> Diagnose und Therapieentwicklung einleiten zu können.<sup>3</sup>

Die Dokumentation von Verstehen durch das wechselseitige Aufzeigen des Verständnisses fremder und eigener Handlungen ist eine grundlegende Aufgabe für Gesprächsteilnehmer.<sup>4</sup> Sie dient der Koordination der Handlungen und der Herstellung intersubjektiver Wirklichkeiten für die Zwecke der laufenden Interaktion. Interaktive Aufzeigepraktiken sind dabei jedoch nicht beschränkt auf explizite Darstellungen von Interpretationen, sondern beispielsweise auch referenzielle, modale oder sequenzielle Formen der Bezugnahme auf Inhalte und Handlungen der Interaktionspartner.<sup>5</sup>

Mit der Anknüpfung an interaktive Aufzeigepraktiken behandeln wir Verstehen im Gespräch als empirisches Phänomen und nicht als mentalen Prozess, wie dies in der Kognitionspsychologie und Psycholinguistik üblich ist. Diese induktive Vorgehensweise ist dem gesprächsanalytischen Paradigma verpflichtet (Deppermann 1999): Wir untersuchen, wie Ge-

---

2 Zum Handlungsschema ärztlicher (Erst-)Gespräche siehe Spranz-Fogasy (2005). Einen erweiterten komponentiellen Vorschlag macht Nowak (2007).

3 Den Gegenstandsbereich unseres Beitrags haben wir gewählt, weil wir im Rahmen des Forschungsnetzwerks „Sprache und Wissen“ die Domäne „Medizin und Gesundheitswesen“ vertreten, aber auch, weil wir uns im Rahmen des Forschungsprojekts „Verstehen in der verbalen Interaktion“, das unter der Leitung von Arnulf Deppermann am Institut für Deutsche Sprache in Mannheim durchgeführt wird, mit der sequenziellen und interaktions-typologischen Organisation des Verstehens besonders im Bereich medizinischer Kommunikation befassen.

4 Siehe Deppermann (2008).

5 Die positive Bestimmung des Untersuchungsgegenstands „Verstehen“ setzt sich ab von der bisherigen Gesprächsforschung zu diesem Themenkomplex, die fast ausschließlich von Fällen des Nichtverstehens, von Verstehensproblemen beziehungsweise Missverständnissen ausgeht (siehe beispielsweise Coupland et al. 1991, Hinnenkamp 1998 oder Fiehler 1998). Verstehen als aktive interaktive Leistung wird dort in der Regel nur fallweise als Interpretament herangezogen.

sprachsteilnehmer durch ihr Handeln selbst Prozesse der Verstehens- und Wissenskstitution als diskursive Phänomene organisieren. Zentrale Eigenschaften von Gesprächen, wie Interaktivität, Prozessualität, Pragmatizität oder Multimodalität wirken dabei auf den Zusammenhang von Sprache und Wissen ein und gestalten ihn grundlegend anders, als dies im schriftlichen Medium der Fall ist. Mit unserem Beitrag wollen wir daher auch die Perspektive des Forschungsnetzwerks „Sprache und Wissen“ um die Dimension des Gesprächs und des Interaktiven und Flüchtigen darin erweitern. Wir werden im Folgenden zunächst anhand eines Vergleichs einer komprimierten Beschwerdenschilderung mit der dieser zugrunde liegenden realen interaktiven Beschwerdenexploration aus einem authentischen ärztlichen Gespräch exemplarisch die Komplexität der interaktiven Entfaltung verdeutlichen (2) und dann anhand der Analyse der Verstehensdokumentationen einer explorativen ärztlichen Frageaktivität auf verschiedenen Strukturebenen der Interaktion einige Aspekte der Verstehensarbeit diskutieren (3). Daran anschließend wollen wir kurz den weiteren Verlauf der Beschwerdenexploration bis zur Diagnosestellung durch die Ärztin charakterisieren und dabei unterschiedliche Typen von Fragehandlungen und ihre verstehensbezogenen interaktiven Funktionen und Implikationen fokussieren (4). Schließlich sollen auf dieser Grundlage noch Verstehensressourcen auf verschiedenen Strukturebenen der Interaktion identifiziert werden (5).

## 2 Eine Beschwerdenschilderung in zwei Fassungen

Wenn man die verschiedenen Bestandteile einer authentischen Beschwerdenexploration extrahiert, könnte man daraus folgende Beschwerdenschilderung montieren:

„Ich habe seit drei Tagen einen Finger, bei dem ich nicht weiß, was ich damit machen soll. Gestern Abend habe ich einen Brief geschrieben, da ist er ganz dick geworden, und ich habe ihn gar nicht mehr grade gekriegt. Das sticht ziemlich und fühlt sich an, als ob hier eine Nadel oder irgendwas drin wäre. Über Nacht klingt das dann aber wieder ab. Das kleine Loch hier kommt davon, dass mich letzte Woche Donnerstag da eine Katze gehakt hat. An den anderen Fingern und an anderen Gelenken oder so habe ich aber überhaupt nichts.“

Die Patientin hätte hier alles Wissenswerte formuliert, die wesentlichen Fakten wären genannt und auch die Zusammenhänge wären verdeutlicht worden. Als plausible Reaktion einer Ärztin auf diese Beschwerdenschilderung könnte daher die Diagnosestellung „Das ist sicher ein Weichteilinfekt, den Sie da haben“ erfolgen.

Der hier montierten Zusammenfassung liegt nun eine wesentlich komplexere, interaktiv hergestellte Beschwerdenexploration zugrunde. Der reale Gesprächsausschnitt beginnt nach einer Begrüßung und einem ersten informellen Austausch mit der Aufforderung zur Beschwerdenschilderung durch die Ärztin:<sup>6</sup>

- 1     A:     NA weswegen kommen sie denn HER?
- 2     P:     ja ich habe seit drei tagen einen ä:h (-) FINGER  
          wo ich nicht weiß:-
- 3            (.) was ich damit MACHen soll;
- 4            (---) also ich' wenn ich' (-)
- 5            gestern abend hab ich n BRIEF geschrieben;=
- 6            =da is er also ganz DICK gewo:rden, (--)
- 7     A:     hm::?=
- 8     P:     =und das is als ob hier ein (.) ne NADel  
          oder irgendwas DRIN wär; (1.0)
- 9     A:     ham se n unfall gehabt?
- 10    P:     n überHAU:PT nichts passiert;
- 11    P:     [(...)]
- 12    A:     [nich erINNERlich;]
- 13            (.) was is n das hier für n kleines LOCH- (-)
- 14    P:     ja das heiß:t (-)
- 15            da hat mich glaub ich eine KATze:, (1.0) gehakt-
- 16    A:     wann WAR=n [das? ]
- 17    P:     [das is-]
- 18            o:ch-
- 19            (.) des is- (1.3)
- 20            moment ich bin (-) ich KOMM nämlich jetzt von auSTRA:lien;  
          und ä:h-
- 21            (1.2)
- 22            meine güte des müsste vielleicht am- (---)
- 23            letzte woche (-) DONnerstag gewesen sein. (---)
- 24    A:     ja:: aber hoffentlich hängt das nicht damit zuSAMmen
- 25            [nich, (.) die hat] ZWEImal hier reingehackt;
- 26    P:     [ja also sie hat- ]
- 27    A:     [nich]
- 28    P:     [nein]
- 29            das (-) das bin ICH gewesen;

6 Der folgende Ausschnitt ist transkribiert nach dem Basistranskript in GAT (Selting et al. 1998); die Transkriptionskonventionen finden sich im Anhang. A = Ärztin, P = Patientin.

30 das is [also die-]  
 31 A: [ja: und ] HIER hat ne katze gekratzt; (--)  
 32 und DA tut=s auch we:h? (.) an der stelle?  
 33 P: nein also HIE:R; (--) sticht es; (--)  
 34 A: da:- (--)  
 35 P: ja-  
 36 (-) da-  
 37 (-) ziemlich; (---)  
 38 A: das is wohl der grund; (1.6)  
 39 an den ANDern fingern ist nichts;  
 40 P: ÜBERhaupt nichts nein-  
 41 A: und die wird das wird ganz DICK hier;  
 42 P: zum beispiel gestern abend hab ich n BRIEF geschrieben=  
 =also da hab ich n gar nich mehr GRA:de gekriegt;  
 43 A: ja ja:,  
 44 (--) und über NACHT klingt das dann wieder AB;  
 45 P: ja also DA is:-  
 46 A: an andern geLEN[ken oder so haben sie GAR nichts;  
 47 P: [nein überHAUPT nichts; (.) ÜBER  
 48 P: haupt nichts;]  
 49 A: nich, ]  
 50 (--) hm=hm-  
 51 (3.9) katzen haben manchmal (-) allerhand DRECK unter den  
 52 P: ja:, (--) [ja-] [hm=hm- ]  
 53 A: [fin]gern; nich [unter den ]krallen;  
 54 P: ja-  
 55 A: nich wahr?  
 56 da KANN schon mal was passIER[n; ]  
 57 P: [ja;]  
 58 (1.0) also TOLLwütig is sie nich weil des is ene;;  
 59 A: ne- (.)  
 60 das [GLAUB ich-]  
 61 P: [ne Eigene ] katze gewesen nich-  
 62 A: [ja:, das das GLAUB ich auch nich;]  
 63 P: [und (...); ]  
 64 A: das hat mit TOLLwut nix zu [tUN;]  
 65 P: [ja- ]  
 66 A: das is ein ein: sicher ein: WEICHteillinfekt-  
 67 P: hm=hm,  
 68 A: den se da HABen; [ne, ]  
 69 P: [ 'hm=hm]  
 70 A: SONST sind sie immer gesund gewesen-

Wie man leicht erkennen kann, ist das schlussendlich entstandene „Wissen“ der Patientin P und der Ärztin A im vorliegenden Gesprächsausschnitt interaktiv zustande gekommen, beide Gesprächsteilnehmerinnen haben sich mit unterschiedlichen Aktivitäten an der Herstellung beteiligt. P weiß zwar offensichtlich um die einzelnen Aspekte des Beschwerdengeschehens, hat sie aber nicht in den Zusammenhang gebracht, wie er als Resultat der interaktiven Aushandlung zwischen A und P entsteht. Und A weiß erst einmal gar nichts vom konkreten Fall, verfügt aber über ein professionell-medizinisches Wissen als spezialisierte Verstehensressource.

Der Vergleich der beiden Varianten zeigt auch bereits auf den ersten Blick eine Reihe von Unterschieden auf. So sind einige Darstellungselemente der Zusammenfassung gar nicht von der Patientin geäußert worden, sondern in den und durch die Fragen der Ärztin überhaupt erst Gegenstand der gemeinsamen Aushandlung geworden. Auch macht die Zusammenfassung an einigen Punkten eine Umstellung einiger Darstellungselemente, wie sie im Gespräch aufeinander folgten, notwendig, und die interaktive, sehr aufwändige Lokalisierung des Verletzungsortes und dessen Relation zum Schmerzpunkt entfällt ganz. Schließlich wird deutlich, dass die Patientin selbst zunächst gar keinen Zusammenhang zwischen ihren Beschwerden, dem Loch in ihrem Finger beziehungsweise ihrer Hand und der zeitnahen Verletzung durch die Katze erkannt hatte. In der transkribierten Gesprächswiedergabe wird darüber hinaus auch noch erkennbar, wie typische Merkmale verbaler Interaktion wie Rückmelde- und Verzögerungssignale, Pausen, Heckenausdrücke, syntaktische und formulatorische Reparaturen, gesprochensprachliche Verschleifungen und Elisionen, Simultanpassagen sowie das Hin und Her sequenziell gebundener Sprachhandlungen wie vor allem Fragen und Antworten den Verstehensprozess und die Wissensentwicklung begleiten und mitorganisieren.

Im Mittelpunkt unserer folgenden Analysen zu interaktiven Verstehensprozessen sollen nun die Fragen der Ärztin stehen.<sup>7</sup> Wir wollen versuchen darzustellen, wie die beiden Protagonistinnen den Beschwerden-sachverhalt gemeinsam und als für die Interaktionsziele ausreichendes intersubjektives Wissen herstellen und welche besondere Bedeutung dabei den Fragen der Ärztin zukommt. In diesem Zusammenhang möchten wir darauf hinweisen, dass man nicht von „einem“ gemeinsamen Wissen sprechen kann, das hier durch die interaktiven Handlungen der Beteiligten entsteht. Es entwickelt sich zwar sicher auch ein gemeinsamer Kernbe-

---

7 Ärtztliches Fragen ist vielfach schon Gegenstand linguistischer Untersuchungen (siehe beispielsweise Rehbein 1993, 1994; Redder 1994; Lalouschek 1999; Spranz-Fogasy 2005); aus ärztlicher Sicht befasst sich Ripke (1994) mit Fragen in Gesprächen mit Patienten.

stand an Sachverhaltswissen, der aber in unterschiedlichen Relevanzrahmen steht: bei der Ärztin im medizinischen Diagnose- und Handlungswissen, bei der Patientin hingegen im Zusammenhang ihrer persönlichen Einschränkung und subjektiven Betroffenheit.

### 3 Eine Frage – viele Bezüge, viele Implikationen

Wir konzentrieren unsere Analyse zunächst auf die erste Frage, die die Ärztin im Anschluss an die Beschwerdenschilderung der Patientin stellt. Dabei interessieren wir uns in erster Linie dafür, welche Aspekte von Verstehen und Wissen darin dokumentiert und kommuniziert werden. Wir werden auch in der weiteren Folge unser Hauptaugenmerk auf die Fragen der Ärztin richten, weil Fragen *das* Paradigma für Sprachhandlungen zur interaktiven Bearbeitung von Verstehensproblemen sind und es uns interessiert, was an gegenseitigem Verstehen der Gesprächsteilnehmer und an Einsicht in das interaktive Geschehen bereits in Fragen enthalten ist.

Fragen sind bislang in der Forschung hauptsächlich unter dem Gesichtspunkt ihrer augenfälligen interaktiv-projektiven Kräfte betrachtet worden,<sup>8</sup> retrospektiv sind allenfalls Nichtverstehen beziehungsweise Verstehensprobleme thematisiert worden.<sup>9</sup> In Fragen wird aber auch retrospektiv Verstandenes dokumentiert, und Fragen können damit gewissermaßen auch als Antworten auf Bezugsäußerungen gesehen werden – vor allem diesen Aspekten wollen wir uns nun widmen.

As Frage <ham se n unfall gehabt> (Z. 9) ist für die interaktive Verstehensprozessierung zentral. Mit ihr setzt A einen systematischen Explorationsprozess in Gang, der schließlich in die aus As Perspektive gesicherte Diagnose mündet. Mit dieser Frage werden aber auch verschiedene Phänomene und Dimensionen hinsichtlich allgemeiner struktureller Eigenschaften von Interaktion sichtbar, die den ganzen Gesprächsauschnitt sowie das Verstehen und die Ausbildung intersubjektiven Wissens darin organisieren.

Auf der *sprachstrukturellen Ebene* sind beispielsweise in pragmasemantischer Hinsicht referenzielle Operationen personaler und temporaler Natur sowie aktivitätstypologische Qualifizierungen erkennbar. Auf der *Ebene der*

8 Vgl. Meibauer (1987); Luukko-Vinchenzo (1988); Selting (1995) sowie Rost-Roth (2003) und (2006).

9 Selting (1995) und Rost-Roth (2006) unterscheiden dabei Bedeutungsverstehensprobleme, Referenzverstehensprobleme, akustische Verständigungsprobleme sowie Erwartungsprobleme.

*Interaktionsstruktur* sind retrospektiv und prospektiv *sequenzielle* Potenziale<sup>10</sup> und Zwänge wie z. B. der Redeübernahme wirksam, wie auch übergreifendere *interaktions-* beziehungsweise *gattungstypologische* Eigenschaften,<sup>11</sup> beispielsweise der spezifischen Aufgabenverteilung, deutlich werden. Und schließlich werden bei genauerer Betrachtung auch auf der Ebene der *Sozialstruktur* Rollenmerkmale und Wissensunterschiede sichtbar, die das interaktive Geschehen und die auf Verständigung ausgerichteten Aktivitäten der Beteiligten kennzeichnen.

Die genannten Ebenen besitzen fließende Übergänge, sie sind im interaktiven Geschehen eng miteinander verknüpft und beeinflussen sich wechselseitig. In theoretischer und methodologischer Hinsicht stellen sie ein Perspektivenmodell dar, das die Analyse interaktiver Phänomene auf unterschiedlichen Komplexitätsniveaus anleitet und deren Aufordnung in immer komplexere und umfassendere Zusammenhänge erlaubt.

Wir werden im Folgenden zunächst versuchen, das Geschehen auf jeweils einer der Strukturebenen zu rekonstruieren und dann prüfen, wie das Zusammenspiel der Ebenen organisiert ist.

### Die Ebene der Sprachstruktur

Die Äußerung <ham se n unfall gehabt> weist zunächst einmal folgende inhaltliche und linguistische Elemente und Charakteristika auf: In syntaktischer und pragmatischer Hinsicht handelt es sich um eine „echte“ syntaktische Frage mit Verb-Erststellung und damit um eine Entscheidungsfrage, die vom Gegenüber mit einem einfachen „ja“ oder „nein“ beantwortet werden kann beziehungsweise soll. Es erfolgt damit also eine Verstehensanweisung zur Auswahl einer dichotomen Alternative. Eine solche syntaktische Frage signalisiert außerdem Unwissen beziehungsweise Unklarheit beim Fragenden in Bezug auf die in Rede stehenden Sachverhalte.

In semantischer Hinsicht werden in der Frage As eine Reihe von Bezügen verdeutlicht: Durch die Perfektform wird ein spezifischer Zeitbezug, nämlich Vergangenheit, hergestellt. Die Gesprächspartnerin wird adressiert und zugleich als Betroffene und Wissensträgerin eines wie auch immer gearteten Geschehens identifiziert, das von A jedoch als ein spezifisches Geschehen, eben als ein <unfall>, erfragt wird.

10 Siehe Schegloff (2007).

11 Vgl. dazu Spiegel/Spranz-Fogasy (2001) und Günthner/Knoblach (1997).



Bezieht man nun in die Analyse die vorangegangene Schilderung der Patientin mit ein, so lässt sich Folgendes sagen: A setzt die Sachverhalte in den Darstellungen der Patientin in ihrer Frage als gegeben voraus, signalisiert also bis auf Weiteres<sup>12</sup> ihr Verstehen, sie startet aber dennoch eine Initiative zur weiteren Exploration. Die Verb-Firststellung der syntaktischen Frage fungiert dabei als Mittel der Aufmerksamkeitssteuerung: Schon mit ihr markiert A, dass sie an die Darstellung Ps eine Frage anschließt und weitere Informationen einfordert. Dies verdeutlicht, dass die bisherigen Ausführungen Ps für A noch nicht soweit ausreichend waren, dass sie die Sache selbst verstehen kann – grob gesagt: A hat P verstanden, aber noch nicht die Sachlage.

A versteht aber immerhin Ps Deklaration von Nichtwissen und ihre Darstellungsweise als eine (aktivitätstypologisch implizite, jedoch sequenziell mögliche und interaktionstypologisch gar relevant gesetzte)<sup>13</sup> Aufforderung zur Exploration. P zeigt in ihrer Darstellung ein offensichtlich nur symptombezogenes Wissen, das zudem noch unscharf ist und als solches explizit und implizit gekennzeichnet wird – Unklarheit, Verzögerungen, Heckenausdrücke und weitere formulatorische Unsicherheiten prägen durchgängig ihre Darstellung (gerade auch nach Redeübergabe relevanten Stellen<sup>14</sup> in Z. 3 und 6). Und abgesehen von der klaren Aussage hinsichtlich der Dauer der Beschwerden <seit drei tagen> und der Identifizierung des betroffenen Körperteils <FINGER>, konnte P ihr Verständnis der Beschwerden nur als ungenügend und nur mittels einer exemplarischen Beschreibung (Z. 5: <gestern abend hab ich n BRIEF geschrieben;== da is er also ganz DICK gewo:rdn>) beziehungsweise qua Analogie darstellen (Z. 8: <das is als ob hier ein (.) ne NAdel oder irgendwas DRIN wär>).

As Frage richtet sich mit der Wahl der Zeitform auf einen Zeitpunkt vor der von P beschriebenen Symptomatik. Durch diese Bezugnahme wird eine kategoriale Relation indiziert, <unfall> wird zu einer Ordnungskategorie im Sinne von Kausalität: A versteht das berichtete Geschehen also als einen Ursache-Wirkungszusammenhang, von dem P nur den Wirkungsanteil dargestellt hat und bei dem A jetzt auf den Ursachenanteil zielt. Das Verstehen speist sich hier einerseits aus dem naturwissen-

12 Interaktionsteilnehmer müssen vielfach bereit sein, Indexikalität grundsätzlich zu tolerieren. Patzelt (1987: 84 ff.) erläutert verschiedene Einzelverfahren dieser Indexikalitätstoleranz wie „let it pass“, „filling in“ oder die „unless-Annahme“.

13 Zu den beiden letztgenannten Aspekten siehe unsere Ausführungen zur Ebene der Interaktionsstruktur.

14 Zum Konzept der Redeübergabe relevanten Stellen (engl. transition relevance places) siehe Sacks et al. (1974).

schaftlich-kausalen Paradigma und einem allgemeinen medizinischen Wissen über Symptomzusammenhänge, andererseits auch aus der Darstellung Ps, die ihr Nichtwissen hinsichtlich einer Behandlung, aber auch hinsichtlich der Herkunft der Beschwerden formuliert hatte (Z. 2 <wo ich nicht weiß:- (.) was ich damit MACHen soll>).

As Frage ist als syntaktische Frage eine Entscheidungsfrage. A verichtet darin ihr Verständnis der Darstellungen Ps zu einer Ursachenhypothese, die sie P, die ja als Betroffene ein exklusives Wissen besitzt, zur Beantwortung vorlegt. Dabei legt sie ihrer Patientin einen spezifischen Kandidaten zur Entscheidung vor, einen <unfall> nämlich. Da P zumindest implizit dargestellt hatte, dass sie selbst keinen Kandidaten für die Ursache hat, macht es für A hier auch keinen Sinn, generalisiert nach einer Ursache zu fragen. Insofern dokumentiert das Angebot eines spezifischen Kandidaten auch ein Verständnis des mangelnden Beschwerdenverständnisses Ps – eine allgemeine Frage, etwa in dem Sinne, ob „etwas geschehen“ sei, wäre hier möglicherweise sogar Face verletzend, weil P ja ihr Unwissen selbst formuliert hatte.

Mit der Vorgabe der Kategorie „Unfall“ erzeugt A allerdings auch ein Semantikproblem. „Unfall“ wird in der Regel als ein äußeres Ereignis mit Schadensfolgen definiert, das durch menschliches oder technisches Versagen eintritt, etwa ein Haushalts- oder ein Verkehrsunfall. Unproblematischer wäre gewesen, wenn A sich auf den Schaden selbst beschränkt hätte und beispielsweise nach einer „Verletzung“ gefragt hätte. P jedenfalls reagiert mit einer starken Negation (Z. 10 <n überHAU:PT nichts passiert>)<sup>15</sup> – was sich in der Folge aber als falsch erweist.

In diesem Zusammenhang ist es auch interessant zu überlegen, was P an (Fach-)Wissen besitzen muss, um kooperieren zu können beziehungsweise um die Fragen „richtig“, d. h. im Sinne von A verstehen zu können. Z. B. muss P nicht wissen, dass A mit <ham se n unfall gehabt> implizit auch nach einer exogenen (gegenüber einer ebenso möglichen endogenen) Ursache fragen könnte – sie kann die Frage durchaus angemessen beantworten, ohne eine solche Implikation erkennen zu müssen. Vollständiges Verstehen einer Äußerung ist also keine notwendige Voraussetzung für angemessene Kooperation und die unterschiedlichen semantischen Schichten von Äußerungen können in Interaktionen von verschiedenen Gesprächsteilnehmern unterschiedlich gewusst beziehungsweise wahrgenommen und aufgegriffen werden, ohne dass die Hand-

15 Interessant sind hier der offensichtliche Ansatz einer einfachen Negation und die Selbstkorrektur durch eine ausgesprochen expressiv modalisierte Negation. Dies könnte ein Hinweis auf die Unterstellung eines latenten Vorwurfs sein, eine mögliche Ursache in der Beschwerdenschilderung „unterschlagen“ zu haben.

lungsziele oder gar die soziale Beziehung der Teilnehmer gefährdet wäre. Einen paradigmatischen Fall dafür stellen Voranfragen<sup>16</sup> dar, mit denen ein Beteiligter Voraussetzungen für sein „eigentliches“ Anliegen abklärt – dabei wird die Funktion einer solchen Voranfrage allerdings in der Regel aufgedeckt, was in unserem Fall nicht geschieht, aber auch nicht erforderlich ist. Auch strategische Äußerungen operieren oft auf der Grundlage der schwierigen oder unmöglichen Wahrnehmbarkeit pragma-semantischer Implikationen.

An anderer Stelle ist allerdings wiederum umgekehrt zu fragen, ob sich A nicht stärker erklären müsste, um effektiver mit P zusammenarbeiten zu können. Erläuterungen wie beispielsweise „ich frag deshalb, weil“ fehlen auch im Folgenden vollständig: A will in erster Linie Ergebnisse, sie ist nicht an einer Aufklärung von P hinsichtlich ihres eigenen explorativen Vorgehens interessiert und lässt sie vielfach im Unklaren darüber, warum gerade was geschieht beziehungsweise erfragt wird.

As Frage könnte man nun aber auch als implizite Kritik an Ps Darstellung als nicht ausreichend ansehen: P hatte keine Ursachenvermutung nennen können. Allerdings hatte P das ja selbst auch angedeutet (Z. 2 <wo ich nicht weiß>), insofern ist die Vorgabe „Unfall“ plausibel und sinnvoll, eine bloße Rückfrage „Was könnte die Ursache sein?“ wäre nutzlos – A „weiß“ offensichtlich, dass P keine Ursachenvermutung hat und formuliert deshalb selbst eine.

Die vielen Bezugnahmen auf Bestandteile der Beschwerdenschilderung Ps im Rahmen der bis dato vorgenommenen Untersuchung auf der Ebene der Sprachstruktur machen deutlich, dass eine statische und auf die bloße Frageäußerung selbst beschränkte Analyse für das Verständnis des Geschehens nicht ausreichen kann. Die Adressierung der Gesprächspartnerin P und ihre Identifizierung als Betroffene und Wissensträgerin mittels Personalpronomen, die Validierung ihrer Äußerungen als Beschwerdenschilderung oder die zeitlichen Bezüge verweisen darauf, dass die sequenzielle Position der Frage As selbst interpretationsleitend ist – für den Analytiker ebenso wie für die Beteiligten. Darüber hinaus ist auch die Charakteristik der Frage *als* explorative Aktivität nur in einem umfassenderen Verständnis der Situations- beziehungsweise Interaktionstypik vorstellbar, die mit dieser Aktivität zugleich aufgegriffen und fortgeschrieben wird. Es ist insofern jetzt erforderlich, die Analysen im übergeordneten interaktionsstrukturellen Zusammenhang fortzuführen, in dem die formalen Organisationsleistungen ebenso berücksichtigt werden können wie die übergreifenden Handlungsorientierungen der Beteiligten.

---

16 Siehe dazu Schegloff (2007).

## Die Ebene der Interaktionsstruktur

Auf der Ebene der Interaktionsstruktur organisieren Gesprächsteilnehmer die formalen sequenziellen Abläufe ihrer Interaktion, und sie stellen darüber hinaus übergreifende Handlungsorientierungen her, die ihre Interaktion als einen spezifischen Interaktionstyp beziehungsweise eine spezifische Gattung mit bestimmten Handlungsaufgaben charakterisieren, die in einer geregelten Abfolge und einer komplementären Aufteilung zwischen den Beteiligten bearbeitet werden.<sup>17</sup> Für die Zwecke dieses Beitrags macht es nun Sinn, die sequenzorganisatorische Dimension und die interaktionstypologische Dimension dieser Strukturebene getrennt zu betrachten, da die formale Sequenzstruktur als eigenständige interaktive Organisationsstruktur<sup>18</sup> relativ unabhängig von sprachlichen Inhalten und der übergreifenden Handlungstypik spezifische Verstehenspotenziale bereit hält.

### Die sequenzorganisatorische Dimension

As Frage <ham se n unfall gehabt> ist in sequenzieller Hinsicht zunächst einmal als Reaktion auf Ps Beschwerdenschilderung zu bestimmen, als Äußerung in zweiter Sequenzposition also. Als Beschwerdenschilderung werden Ps Darstellungen dabei von A auch ratifiziert, durch die Nachfrage in inhaltlicher Hinsicht jedoch zugleich als defizient behandelt. Dies wird deutlich, wenn man die sequenzorganisatorische Positionierung der Frage noch eine Position weiter zurück verfolgt: A bestätigt mit ihrer Frage nämlich auch, dass P ihre vorhergehende Aufforderung zur Beschwerdenschilderung (<weswegen kommen sie denn HER> (Z. 1)) aktivitätstypologisch adäquat – wenn auch nicht ausreichend hinsichtlich der Klärung der Sachlage – bearbeitet hat. In einer sequenziellen Folge Aufforderung – Bearbeitung – Akzeptanz/Ratifikation wird an einer solchen dritten Position grundsätzlich immer auch die Äußerung in zweiter Position evaluiert; dies geschieht zwar meist stillschweigend qua Vollzug fortführender Handlungen,<sup>19</sup> ist aber immer eine zumindest implizite Komponente einer Äußerung in sequenziell dritter Position.<sup>20</sup>

Interessant ist im Beispielfall nun auch die konkrete Platzierung der Frage, eine Sekunde nach Abschluss der Beschwerdenschilderung Ps – A lässt damit jedenfalls faktisch zunächst P die Möglichkeit zu weiteren

17 Vgl. dazu Spiegel/Spranz-Fogasy (2001) und Günthner/Knoblach (1997).

18 Zur relativen Eigenständigkeit der Sequenzstruktur siehe Schegloff (2007).

19 Zum Konzept der Ratifikation qua Vollzug siehe Spranz-Fogasy (2005a: 63).

20 Deppermann (2008); Schegloff (1997, 2007).

Schilderungen.<sup>21</sup> Im Beitrag von P gibt es aber auch zuvor einige Stellen möglichen Sprecherwechsels, die A verstreichen lässt – wohl in der Erwartung weiterer diagnostisch relevanter Darstellungen. Erst nach den oben schon erwähnten absteigend konkreten Darstellungen zweiter und dritter Ordnung ergreift A das Rederecht – sie versteht also P hier als „am Ende ihres (Darstellungs-)Lateins“ und unterbricht an dieser Stelle keine noch laufende Äußerung.

As Frage ist jedenfalls eine *mögliche* Reaktion auf Ps Darstellungen, jedoch nicht eine sequenziell präferierte Reaktion<sup>22</sup> – auf solche faktizistisch-assertive Darstellungshandlungen wäre das üblicher Weise die einfache Ratifikation der vorgetragenen Sachverhalte. Die Sachlage hier ist komplizierter: A akzeptiert ja implizit die Darstellungen Ps durch den Vollzug einer darauf aufbauenden, weiterführenden Aktivität, mit der sie aber zugleich problematisiert, dass die gesamte Sachlage für sie noch nicht ausreichend erfassbar ist. Damit ist sie einerseits auf dem Stand, den P für sich selbst reklamiert hat – nicht zu wissen, was mit dem Finger zu machen sei –, andererseits auch einen Schritt weiter, da sie eine mögliche Ursache benennt und erfragt – und die Beschwerden Ps damit aktiv exploriert.

Die sequenzorganisatorische Strukturebene liefert den Beteiligten hier einen formalen Interpretationsrahmen für das Geschehen und dessen Verständnis. Der Vollzug explorativer Aktivitäten hingegen erfordert einen weiteren Interpretationsrahmen, der mit der spezifischen Situierung des sequenziellen Geschehens im Rahmen einer übergeordneten Handlungsorientierung verbunden ist. Diese übergeordnete Handlungsorientierung wird auf der interaktionstypologischen Dimension von Gesprächen etabliert.

---

21 Zu vermuten ist allerdings, dass A in dieser Zeit und wahrscheinlich auch schon etwas vorher das betroffene Körperfeld, also den Finger beziehungsweise die Hand Ps, betrachtet, da P ihr ja spätestens mit dem deiktischen <hier> (Z. 8) ein Untersuchungsangebot gemacht hatte.

22 Dies gilt für den lokalen sequenzorganisatorischen Zusammenhang – im übergeordneten interaktionstypologischen Kontext der Beschwerdenexploration sind Fragen dagegen erwartbar (siehe hierzu den folgenden Abschnitt).

## Die interaktionstypologische Dimension

P hatte A erkennbar das Rederecht übergeben. Dies aber nicht nur im engeren sequenzorganisatorischen Rahmen einer Sequenz „Aufforderung – Bearbeitung – Akzeptanz/Ratifikation“, sie hat ihr prinzipiell auch die Initiative zu weiterführenden Aktivitäten überlassen.

A nutzt diese Überlassung hier und im Folgenden systematisch zu explorativen Aktivitäten hinsichtlich der Beschwerden Ps. Diese spezifische Handlungstypik lässt sich jedoch nicht aus der sequenzorganisatorischen Struktur allein ableiten, sondern speist sich vor allem aus der von den Gesprächsteilnehmern konstituierten Interaktionstypik eines ärztlichen Gesprächs, das als eine zentrale Komponente die Anamnese beziehungsweise die Exploration der Beschwerden vorsieht.<sup>23</sup>

Mit der Aufforderung zur Beschwerdenschilderung seitens A und der darauf folgenden Beschwerdenschilderung von P haben beide Gesprächsteilnehmerinnen eine Interaktion vom Typus „ärztliches Gespräch“ hergestellt und sind zugleich in eine bestimmte Phase eingetreten: die Beschwerdenexploration. Darin haben A und P nun komplementäre Aufgaben: Schilderung und Exploration – damit ist zugleich auch eine Rechte- und Pflichtenverteilung verbunden (die nicht nur die Redeverteilung regelt, sondern darüber hinaus auch Verpflichtungen hinsichtlich der Inhalte, der Interaktionsmodalität und natürlich auch hinsichtlich der sozialen Beziehungen enthält). P hat – begrenzt auf die laufende Interaktion – A Rechte hinsichtlich explorativer Aktivitäten gegeben und damit einer Asymmetrie in Beteiligungsrechten und -pflichten zugestimmt.<sup>24</sup>

Alles, was im Folgenden bis zur Beendigung der Exploration (z.B. durch eine Diagnosestellung) geschieht, steht nun unter den gemeinsam hergestellten interaktionstypologischen Vorgaben, und dies dient in wesentlichen Hinsichten auch der Erleichterung der Verstehens- und Wissensorganisation durch die Beteiligten: Die Aktivitäten der Beteiligten orientieren sich daran, für eine Beschwerdenexploration relevante Aktivitäten und entsprechende Darstellungen zu realisieren und sie verstehen auch die partnerlichen Aktivitäten bis zum Beweis des Gegenteils als solche.

Die sequenzorganisatorische Struktur bildet dabei eine Art Trägerstruktur für die „inhaltliche“ Ausgestaltung der Beschwerdenexploration:

<sup>23</sup> Siehe dazu Nowak (2007); Spranz-Fogasy (2005).

<sup>24</sup> Brock (1996) unterscheidet „lizenzierte lokale Symmetrie“ von „globaler Asymmetrie“; in Bezug darauf könnte man hier von lizenzierter Asymmetrie sprechen. Siehe dazu auch die Überlegungen zur kommunikativen Ungleichheit in institutionellen Gesprächen in Brock/Meer (2004).

Auch in sequenzorganisatorischer Hinsicht setzt sich die eingangs formulierte Aufgabenstellung so lange fort, bis A mit den Auskünften ihrer Gesprächspartnerin „zufrieden“ ist, sie also genügend „Material“ für die Diagnosestellung und im Weiteren für die Therapieeinleitung besitzt.

### Die Ebene der Sozialstruktur

Die interaktionstypologisch fundierten sequenzorganisatorisch wirksamen Rederechte As zur Exploration ergeben sich nun nicht allein aus der mit der Interaktionstypik verbundenen Zielsetzung und Aufgabenstellung der Gesprächspartner. Sie stehen in einem noch weiteren Rahmen, den aber P vorgibt: P erteilt A mit ihrem Erscheinen in der Praxis einen Behandlungsauftrag, der impliziert, dass A die Auskünfte Ps mit ihrem professionellen Wissen abgleicht, aufordnet und ggf. weitere Angaben einfordert, bis sie zu einem medizinisch ausreichenden Verständnis der Sachlage und des Anliegens Ps kommt.

Mit dem Behandlungsauftrag gibt P zwar eine ganze Reihe (untergeordneter) Rechte der Gesprächsführung ab, behält sich aber Eingriffe, bis hin zum Gesprächsabbruch, vor.<sup>25</sup> Der Behandlungsauftrag beruht dabei auf den sozialen Rollen „Arzt“ und „Patient“: Die Ärztin hat in einem gesellschaftlich kontrollierten Verfahren die Kenntnisse und die Berechtigung zur Behandlung erworben und die Patientin muss zur Legitimation des Behandlungsauftrags eine Krankheit „vorweisen“. A hat mit ihrer Frage die Beschwerdenschilderung und damit genau diese Legitimation Ps ratifiziert (und bestätigt dies mit jeder weiteren Frage). Und sie hat u. a. durch die spezielle thematische Selektivität ihrer Frage nach einer möglichen Ursache, die auf eine kategoriale Aufordnung zielt, eine Interaktionsstrategie fachkundiger Exploration realisiert, die sie als kompetente Ärztin ausweist, die über einschlägiges professionelles Wissen verfügt und dies für Ps Anliegen einsetzt. Die sozialstrukturelle Dimension von Gesprächen ist somit nicht eine bloß äußere Rahmung des interaktiven Geschehens, sondern stets zugleich ein wichtiges Interpretament für die Beteiligten selbst.

25 Diese Stafflung von Interaktionsrechten wird bei Analysen zu ärztlichen Gesprächen oft übersehen, was häufig zu einer nur sehr einseitigen Zuordnung von Machtverhältnissen zugunsten des Arztes führt (siehe beispielsweise Löning 2001). Dies rührt vor allem daher, dass es sich bei dem professionellen Wissen von Ärzten um klassisches Herrschaftswissen handelt, das vom Arzt einem Patienten zugänglich beziehungsweise nutzbar gemacht, aber auch verweigert werden kann.

Die verschiedenen, aufsteigend makroskopischeren Strukturebenen der Verstehensprozessierung sind in der Gesprächsrealität natürlich nicht so voneinander getrennt gehalten, wie sie bis hierhin dargestellt wurden, sondern sind eng ineinander verwoben und unterstützen sich gegenseitig.

So ist beispielsweise die sozialstrukturelle Dimension auch in der linguistischen Struktur abgebildet: P hat A das Recht zu Fragen erteilt und sich selbst zur Beantwortung verpflichtet (Sprachhandlungsebene), A hat ihrerseits die Pflicht, medizinisch relevante Sachverhalte zu fokussieren und muss dabei u. a. auch alltagsweltliche Darstellungen Ps in medizinisch-kategorialer Form wenden. Dies geschieht hier durch die probeweise Herstellung und Erfragung eines kausalen Zusammenhangs und – für P eher versteckter – damit implizit verbundenem Ausschlussverfahren hinsichtlich exogener oder endogener Verursachung (endogen könnte in diesem Fall beispielsweise Weichteilrheuma sein).

P ihrerseits hatte durch As eröffnende Frage die Verpflichtung, medizinisch relevante Beschwerdensachverhalte darzustellen. Dies geschah u.a. durch die Angabe eines Körperfeldes, eine exemplarische Symptomschilderung und eine Schmerzcharakterisierung qua Analogie sowie durch die Charakterisierung des Sachverhalts als unabgeschlossenes und von P weder rational durchschaubares noch praktisch behandelbares Geschehen.

Die Ebene der Sozialstruktur schlägt dann auch auf die interaktionsorganisatorische Ebene durch: Der Behandlungsauftrag mit seiner Bezugnahme auf die sozialen Rollen Arzt und Patient organisiert eine spezifische Verteilung von Interaktionsrechten (hier: der Exploration durch A) und -pflichten (hier: der Auskunft Ps) und verbunden damit auch bestimmte sequenzstrukturelle Eigenschaften wie sequenzielle Zwänge (hier: die Antwortverpflichtung Ps) oder Evaluationsmöglichkeiten (hier: die Bewertung der Bearbeitung gestellter Aufgaben in der dritten Sequenzposition).

Das Zusammenspiel der verschiedenen interaktiven beziehungsweise interaktiv relevanten Strukturebenen des Verstehens ist natürlich noch sehr viel komplexer, als es hier in der Kürze darstellbar ist. Es gehört jedenfalls zum Diskurs-, Sach- und Handlungswissen der Beteiligten und muss für die Analyse konkreter interaktiver Handlungen und des in ihnen dokumentierten Verstehens in Rechnung gestellt werden.



## 4 Viele Fragen – der weitere Gesprächsverlauf

Neben der ausführlich besprochenen Frage <ham se n unfall gehabt> (Z. 9) setzt A, wie der Gesprächsausschnitt zeigt, auch andere Fragen beziehungsweise Frage-Typen ein. Sie dokumentiert damit unter anderem auch ihr gesprächslokales Verständnis bezüglich der Darstellungen Ps und gibt zugleich der Patientin Anweisungen zum Verständnis und zur Bearbeitung der damit verbundenen Handlungsaufgaben. Dabei scheinen unterschiedliche verstehensbezogene Aufgaben und Implikationen jeweils mit bestimmten Frage-Typen verbunden zu sein, was die folgende kurze Abhandlung über den weiteren Verlauf der Beschwerdenexploration bis zur Diagnosestellung verdeutlichen soll.

Die Entwicklung des Gesprächs lässt sich aus der Perspektive der Ärztin dabei vorab wie folgt zusammenfassen:

Im zweiten Anlauf erfährt die Ärztin auf die Frage <was is n das hier für n kleines LOCH-> (Z. 13), dass die Patientin eine Verletzung durch eine Katze erlitten hatte. Sie klärt daraufhin zeitliche Zusammenhänge ab (<wann WAR=n das?> (Z. 16)) und lokalisiert sowohl die Verletzung (<die hat ZWEImal hier reingehackt; nich> (Z. 25/27), <und HIER hat ne katze gekratzt> (Z. 31)) wie auch die Schmerzsymptome genauer (<und DA tut=s auch we:h? (.) an der stelle?> (Z. 32)). Anschließend geht sie zusätzlich auf die weitere körperliche Umgebung des Beschwerdengeschehens ein (<an den ANDern fingern ist nichts> (Z. 39), <an andern geLENken oder so haben sie GAR nichts> (Z. 46)) und kommt noch einmal auf ein spezifisches, von P bereits zu Beginn des Gesprächs erwähntes Symptom zu sprechen: den „dicken Finger“ und den Verlauf dieses Symptoms (<und die wird das wird ganz DICK hier>, (Z. 41) <und über NACHT klingt das dann wieder AB> (Z. 44)). Die Informationen aus Ps Antworten auf die ärztlichen Fragen genügen A schließlich, um im Folgenden zum nächsten Handlungsschritt eines Arzt-Patient-Gesprächs, der Diagnosestellung, übergehen zu können:<sup>26</sup> <das is ein ein: sicher ein: WEICHteil-infekt- den se da HABen> (Z. 66/68).

Die ärztlichen Frageaktivitäten spielen dabei für die Verstehensarbeit *beider* Gesprächsteilnehmerinnen eine zentrale Rolle: Für A sind Fragen systematischer Bestandteil ihres interaktiven Handelns, um im jeweiligen lokalen Geschehen notwendiges Beschwerdenwissen für ihre Handlungszwecke einzuholen. P hingegen bekommt durch diese Fragen Verstehens-

26 Zur Diagnosestellung siehe Meyer (2000), zur Überbringung schlechter Nachrichten Ditz (2005 und 2006) sowie Jung (2005).

anweisungen oder Hinweise, inwiefern sie zuvor dargestellte Sachverhalte überdenken oder bestimmte Aspekte ihres Beschwerdenwissens fokussieren und (re-)aktivieren sollte. Auf diese Weise steuert A mit ihren Fragen den gesamten Gesprächsverlauf im untersuchten Ausschnitt.

Dabei verwendet A unterschiedliche Frage-Typen, mit denen unterschiedliche Funktionen einhergehen: W-Fragen, syntaktische Fragen und Deklarativsatzfragen.<sup>27</sup> Mit diesen Frage-Typen lassen sich ausgewählte Aspekte vorangegangener Bezugsäußerungen fokussieren, bereits angesprochene Sachverhalte thematisch weiter oder enger führen oder gänzlich neue Inhalte einbringen, um das Gespräch in eine andere Richtung zu lenken. Hinsichtlich *Verstehen* bedeutet dies, dass je nach Frage-Typ beim Fragenden ein Teilverstehen von Bezugsäußerungen vorhanden ist, eine Interpretation der Bezugsäußerungen oder des gesamten interaktiven Geschehens angeboten wird oder – beispielsweise bei der Abarbeitung eines Frageleitfadens – durch Ratifikation qua Vollzug weiterführender Handlungen<sup>28</sup> ein vollständiges, beziehungsweise interaktiv ausreichendes Verstehen des bisherigen Geschehens signalisiert wird.

Dass unterschiedliche Frage-Typen nicht nur verschiedene gesprächsorganisatorische und inhaltliche Funktionen erfüllen, sondern zugleich auch mit bestimmten Arten interaktiv relevanten Verstehens korrelieren, machen schon erste Beobachtungen des weiteren Gesprächsverlaufs deutlich. Denn auch As Frageaktivitäten setzen an Darstellungen Ps an, um ein gemeinsames Verstehen beider Gesprächsteilnehmerinnen zu erweitern beziehungsweise zu organisieren (oder zumindest, um das eigene ärztliche Fachwissen um das zur Diagnosestellung und Therapieentwicklung nötige handlungspraktische Wissen zu ergänzen). Dabei setzt die Ärztin W-Fragen, syntaktische Fragen und Deklarativsatzfragen in einer bestimmten Abfolge und zu bestimmten Zwecken ein. So finden sich unter As ersten vier Fragehandlungen neben der oben ausführlich behandelten syntaktischen Frage nach dem <unfall> drei W-Ergänzungsfragen:

- <NA weswegen kommen sie denn HER?> (Z. 1)
- <was is n das hier für n kleines LOCH-> (Z. 13)
- <wann WAR=n das?> (Z. 16)

Mit den vier Fragen fokussiert A spezifische, kategoriale Aspekte der Beschwerdenschilderung Ps: nämlich Kausalität, Phänomenologie und Zeit

27 Eine Übersicht zur Klassifikation von Frage-Typen in verschiedenen Grammatiken zur deutschen Sprache gibt Rost-Roth (2006: 44 ff.).

28 Spranz-Fogasy (2005a: 63).

und dokumentiert damit *ex negativo* (und „bis auf Weiteres“) ein interaktiv ausreichendes Verständnis der Bezugsäußerungen von P – abgesehen natürlich von den erfragten Aspekten, zu denen sie ja mehr Informationen einholen möchte.

Ordnet man nun Frage-Typen auf einer Skala an, die den Spielraum der Antworten, respektive die „Freiheit“ der Befragten in ihrer Breite an Antwortmöglichkeiten widerspiegeln soll, stehen W-Fragen an einem von zwei entgegengesetzten Endpunkten: W-Fragen zählen zu den offenen Fragen, da sie den Antwortenden einen relativ freien Raum für ihre Reaktion lassen – eingeschränkt allein durch die jeweilige W-Spezifik,<sup>29</sup> ob die Frage also auf Personen (wer), Zeitangaben (wann) oder Gründe (wieso) etc. zielen. Zugleich bezeugen W-Fragen allgemein – und so auch A in unserem Fall –, dass Fragende verstanden haben, dass ein bestimmter W-Bereich relevant ist, es ihnen jedoch (noch) unklar ist, wie der Funktionswert darin zu definieren sei. A macht mit ihren W-Fragen deutlich, dass sie spezifische W-Bereiche fokussieren kann, also weiß bzw. verstanden hat, *worum* es jeweils geht, nicht aber, was die jeweils *konkreten* Gründe, Phänomene, Angaben etc. sind.

Auf einer nächsten Stufe der Skala lässt sich die zweite Frage As ansiedeln, die qua Verb-Erststellung als syntaktische Frage gekennzeichnete Äußerung <ham se n unfall gehabt> (Z. 9). Dieser Fragetypus mit der markanten Prädikatsumstellung an den Äußerungsanfang signalisiert zwar ebenfalls von Beginn an Unsicherheit beziehungsweise Ungewissheit der Fragenden hinsichtlich einer richtigen Antwort, schränkt den Antwortbereich aber auf eine dichotome ja/nein-Entscheidung ein. Mit einer syntaktischen Frage markieren Fragende aber immer auch, dass sie den thematischen Sachverhalt soweit verstanden haben, dass sie den Bereich des Fraglichen auf eine solche Dichotomie reduzieren können.

Nach der kurzen Eingangsphase, in der A tatsächlich noch Antworten respektive Informationen von P benötigt, die sie nicht allein aufgrund ihres Fachwissens antizipieren kann, formuliert sie nun eine erste Zusammenhangsthese zwischen Krankheitsbild und -ursache:

- <ja:: aber hoffentlich hängt das nicht damit zusammen nich> (Z. 24/25)

29 Diese W-Spezifik kann allerdings auch sehr eng gefasst sein kann, beispielsweise in der Frage nach der Uhrzeit.

A selbst behandelt diese Äußerung als rhetorische Frage: Qua Intonation und angehängter Vergewisserungsfrage (engl. *tag-question*)<sup>30</sup> zwar als Frage markiert, fährt sie nach einer Mikropause selbst mit einer weiteren Frage fort und konkurriert dabei erfolgreich mit P um das Rederecht, die gleichzeitig auf die Frage zu antworten versucht (<ja also sie hat-> (Z. 26)). Von nun an dienen As weitere Fragen der Verifikation ihrer Hypothese zum Beschwerdenbild Ps.

Auffällig ist dabei As Wechsel zu Deklarativsatzfragen, die nach der – gewissermaßen „überleitenden“ – rhetorischen Frage die restliche Explorationsphase bestimmen:

- <die hat ZWEImal hier reingehackt; nich> (Z. 25/27)
- <und HIER hat ne katze gekratzt> (Z. 31)
- <und DA tut=s auch we:h? (.) an der stelle?> (Z. 32)
- <an den ANDern fingern ist nichts> (Z. 39)
- <und die wird das wird ganz DICK hier> (Z. 41)
- <und über NACHT klingt das dann wieder AB> (Z. 44)
- <an andern geLEN[ken oder so haben sie GAR nichts> (Z. 46)
- <SONST sind sie immer gesund gewesen-> (Z. 70)

Diese acht Deklarativsatzfragen dokumentieren ein dezidiertes Verständnis der Situation seitens A – beziehungsweise von Aspekten des vermuteten Krankheitsbildes Ps, das A nur noch ratifiziert haben, nicht hingegen zur Interpretation anbieten oder explizit aushandeln möchte. Die ja/nein-Option dieses Fragetyps stellt dabei, im Gegensatz zu den Fragen der anfänglichen Phase des Suchens und der Unsicherheit, im negativen Antwortfall eine Dispräferenzhürde für P auf. Denn wenngleich Deklarativsatzfragen ebenfalls Entscheidungsfragen sind, so gibt die Fragende damit doch deutlich zu verstehen, dass *eine* Antwortmöglichkeit, nämlich die bestätigende Antwort, anderen vorzuziehen ist. Mit der Formulierung einer Deklarativsatzfrage macht A immer auch deutlich, dass sie selbst bereits ein bestimmtes Verständnis des Sachverhalts hat.

Evident wird dies schon in As erster Deklarativsatzfrage: <die hat ZWEImal hier reingehackt, nich> (Z. 25/27), die syntaktisch gesehen genauer gesagt aus einem Deklarativsatz, der prosodisch bereits eindeutig als Frage intoniert ist, und einer anschließenden *tag-question* besteht. Deklarativsatzfragen suggerieren zwar eine ja/nein-Option, dienen jedoch in erster Linie der Verstehenssicherung und stehen damit bzgl. der Ant-

30 Zur Funktion solcher angehängten Fragepartikel siehe Jefferson (1981).

wort-Freiheit am anderen Ende der Fragen-Skala – tatsächlich sollen sie jedoch auch noch den letzten Rest von Unsicherheit beim Sprecher beseitigen.<sup>31</sup>

Die verschiedenen Fragetypen reflektieren neben der Breite der Reaktionsmöglichkeit auch bestimmte Verstehenskonstellationen, die ebenfalls skalar geordnet sind. In W-Fragen drückt sich ein hoher Grad an Ungewissheit bzw. Unsicherheit hinsichtlich des in Rede stehenden Sachverhalts aus, syntaktische (Entscheidungs-)Fragen setzen voraus, dass ein Gesprächsteilnehmer den Problemsachverhalt schon als dichotomen Sachverhalt konzipieren kann und Deklarativsatzfragen verdeutlichen ein bereits vorhandenes weitgehendes Verständnis beim jeweiligen Sprecher – hier lassen sich noch hinsichtlich verschiedener Sicherheitsgrade des Verstehens beim Sprecher verschiedene Formen von Deklarativsatzfragen unterscheiden: Deklarativsätze, die schon prosodisch als Frage markiert sind und ggf. in der Fragequalität qua *tag-question* noch einmal verdeutlicht werden und solche Äußerungen, die deklarativ sind und prosodisch nicht als Frage erkennbar gemacht werden, bei denen jedoch eine angehängte Vergewisserungsfrage noch einen Rest an Unsicherheit verdeutlicht.

Im hier untersuchten Gesprächsausschnitt einer aktiven Beschwerdenexploration nutzt A diese Skala aus und folgt dabei mit ihren Fragen und insbesondere mit der Abfolge der Frage-Typen einer Verstehens- und einer damit verbundenen Handlungslogik: Von anfänglich offenen und Nichtwissen dokumentierenden Fragen geht sie über Vermutungen zu einer thetischen Annahme über, die dann in einem Prüfverfahren mittels mehrerer, thematisch diversifizierter Deklarativsatzfragen gesichert wird.

Ist dieses Vorgehen im vorliegenden Gespräch zwar unter Effektivitätsgesichtspunkten geglückt, lässt es sich jedoch nicht ohne Weiteres zu dem Erfolg versprechenden, ökonomischen ärztlichen Vorgehen für Arzt-Patient-Gespräche generell pauschalisieren: Die vermeintlich eingesparte Zeit kann ebenso in einen erhöhten Zeitaufwand umschlagen, wenn sich eine relativ früh getroffene Annahme im Nachhinein nicht bestätigt. Und es kommt hinzu, dass dieses Fragemuster bei komplexeren Krankheitsbildern, bei denen die Persönlichkeit der Patientin selbst Bestandteil der Krankheit ist, nur einen Teil des Beschwerdengeschehens erfasst.

---

31 Im Beispielfall zeigt sich, dass P die hier und in der folgenden Frage As geäußerte Auffassung negiert – sie muss dafür jedoch einen erkennbar erhöhten Legitimierungsaufwand betreiben. Zum Konzept der Dis-/Präferenzorganisation s. Schegloff (2007: 58 ff.) sowie Pomerantz (1984).

## 5 Interaktive Ressourcen des Verstehens

Wir haben im kursorischen Durchgang durch die interaktive Beschwerdenexploration, vor allem aber in der vorausgehenden extensiven Verstehensanalyse der ersten fallbezogenen Explorationsfrage der Ärztin gesehen, dass Verstehensdokumentationen und Verstehensanweisungen auf den verschiedenen Strukturebenen interaktiven Handelns: Sprachstruktur, Interaktionsstruktur und Sozialstruktur operieren. Wir wollen im Folgenden noch kurz in allgemeinerer Hinsicht einige verstehensrelevante Eigenschaften betrachten, die im hier untersuchten Beispielfall deutlich werden und systematisch mit den genannten Strukturebenen verbunden sind.

Auf der *sprachstrukturellen* Ebene thematisieren und organisieren Gesprächsteilnehmer eine Vielfalt kategorialer Bestimmungen, mit denen sie ein Verständnis partnerlicher Äußerungen, interaktiver Entwicklungen, situativer Bezüge, allgemeinen Weltwissens, spezialisierter Wissensbestände, Wissen über andere Gesprächspartner und die gemeinsame Beziehungsgeschichte u.v.a.m.<sup>32</sup> dokumentieren beziehungsweise partnerliches Verstehen dazu voraussetzen, anfordern oder anweisen. Zu diesen kategorialen Bestimmungen gehören, wie am hier analysierten Gesprächsausschnitt abzulesen ist, beispielsweise Referenzen (personaler, gegenständlicher und ereignishafter, räumlicher oder zeitlicher Art), thematische Strukturierungen (Fokussierung/Defokussierung, Verallgemeinerung/Differenzierung, Relationierungen etc.), Modalisierungen (Verstärkung/Abschwächung, Sprechereinstellung) oder die lokale Aktivitätstypik (Frage-Antwort, Zustimmung, Ratifikation, Widerspruch etc.). Damit wird ein Verständnis dessen angezeigt, wer mit wem wie über wen beziehungsweise worüber spricht, in welchen Relationen Sachverhalte und Sachverhaltsdarstellungen zueinander stehen, welche Qualitäten ihnen zukommen oder nicht zukommen oder wie interaktive, insbesondere auch sprachliche Handlungen im Gespräch operieren beziehungsweise operieren sollen.

Fragen, ob lexikalisch indiziert wie W-Fragen, syntaktisch qua Verb-Erststellung markiert oder qua Prosodie und/oder *tag-question* angezeigt, verdeutlichen und dokumentieren für den Gesprächspartner immer (auch) ein Wissensproblem. Die unterschiedlichen Frage-Typen sind dabei systematisch mit unterschiedlichen Graden der Gewissheit des Sprechers und dadurch mit spezifischen Verstehenskonstellationen zwischen den Gesprächsbeteiligten verknüpft. Damit können die verschiedenen Frage-

---

32 Vgl. dazu die Auflistung kontextueller Bezüge von Äußerungen in Norén/Linell (2007: 88 f.).

Typen auch im Gesprächsverlauf in systematischer Weise eingesetzt und so beispielsweise zunehmendes Verständnis dokumentiert werden.

In *sequenzorganisatorischer* Hinsicht sorgen die Gesprächsteilnehmer für die lokale Verknüpfung von Äußerungen und deren Interpretierbarkeit hinsichtlich unterschiedlich stark bedingter und unterschiedlich motivierter Relevanzen. Sequenzialität konstituiert inhaltliche Bezüge von Äußerungen und Teiläußerungen mit und dadurch auch ihre Bedeutung und Verstehbarkeit. So dokumentiert beispielsweise eine Nachfrage immer auch ein Verstehensproblem der Bezugsäußerung. Der sequenzielle Gestaltzwang erzeugt immer prospektive und retrospektive Bindungen beziehungsweise ermöglicht die interpretative Orientierung daran, auch über unmittelbar aufeinander folgende Äußerungen hinaus: Die Bearbeitung einer Aufforderung zur Beschwerdenschilderung ist erst dann erfüllt, wenn der Auffordernde dies bestätigt; die Aufforderung bleibt bis dahin und auch über längere Phasen des interaktiven Austauschs handlungs- und orientierungsrelevant und sorgt für übergreifende Kohärenz des interaktiven Geschehens.<sup>33</sup>

Die sequenzorganisatorische Dimension beinhaltet auch systematische reflexive Eigenschaften: So sind zweite Aktivitätsschritte bis zum Erweis des Gegenteils als Bearbeitung eines ersten Aktivitätsschritts zu interpretieren oder dritte Schritte immer auch Bewertungen des zweiten Schritts.<sup>34</sup> Auf diese Weise laufen Verstehensdokumentationen gewissermaßen „automatisiert“ mit.

Fragen in zweiter Position sind unterschiedlich stark relevant gesetzt: zwar nie konditionell relevant,<sup>35</sup> wohl aber affordant,<sup>36</sup> (partnerseitig) interpretativ nahegelegt, (sprecherseitig) kognitiv motiviert oder interaktionstypologisch erwartbar (und dies natürlich auch kombiniert). Fragen ihrerseits lösen dann aber wiederum – im Sinne der konversationsanalyti-

33 Dies zeigt Schegloff (1990) eindrucksvoll an einem Beispiel.

34 Dabei ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass – abgesehen von interaktionseröffnenden und -abschließenden Aktivitäten – alle Interaktionsbeiträge immer alle drei strukturellen Sequenzpositionen besetzen können, je nachdem, wo die Gesprächsteilnehmer jeweils den Schnitt ansetzen – dies dürfte auch die sequenzstrukturelle Grundlage negativer Reaktionszyklen (Spranz-Fogasy et al. 1993) oder der unterschiedlichen Interpunktion von Ereignisfolgen (Watzlawick et al. 1980: Kap. 2.4) sein.

35 Selbst bei einer Aufforderung zu einer Frage muss zwischen dem Befolgen der Aufforderung als konditionell relevant gesetzter Aktivität und der Frage als Inhalt der Befolgung und dabei präferierter Aktivität unterschieden werden; zum konversationsanalytischen Konzept der Präferenz siehe Bilmes (1988).

36 Zum Konzept der semantischen Affordanz s. Noren/Linell (2007: 389); Affordanzen sind nicht Eigenschaften eines isolierten Stimulus, sondern „aspects of the objects and events in the world *in relation to* human perceivers and users in situations“ (Herv. durch die Autoren).

schen „machinery“<sup>37</sup> – einen konditionell bedingten sequenzorganisatorischen Ablauf aus. Dies Letzte macht sie dann auch besonders „aufladefähig“ für Verstehensanweisungen an den Gesprächspartner, der die konditionelle Relevanz „bedienen“ muss und allein schon dadurch interpretative Vorgaben beispielsweise inhaltlicher oder aktivitätstypologischer Natur erhält.

In der *interaktionstypologischen* Dimension konstituieren Gesprächsteilnehmer einen übergeordneten Handlungsrahmen mit spezifischen pragmatischen Relevanzen, innerhalb dessen inhaltliche und linguistische wie auch sequenzorganisatorische Aktivitäten operieren und interpretiert werden können. Der übergeordnete Handlungsrahmen sorgt für eine Verteilung von Handlungsaufgaben und regelt die Verteilung von Rechten und Pflichten. Er gibt den Gesprächsteilnehmern damit Orientierung und die Möglichkeit, Aktivitäten auf verschiedenen Konstitutionsebenen zu entfalten und die interaktive Entwicklung des intersubjektiven Wissens und Verstehens zu kontrollieren und ggf. zu korrigieren. So erhält ein Arzt im Rahmen der Beschwerdenexploration eine Lizenz für explorative Aktivitäten, d.h. mit Abschluss einer konditionell bedingten Handlung seitens P fällt das (explorative) Rederecht an A zurück, bis A selbst die Exploration erkennbar beendet.

Auch die interaktionstypologische Dimension reflektiert Verstehens-eigenschaften in systematischer Weise: Die Abfolge von Handlungsaufgaben folgt einer Handlungslogik, in der wechselseitiges Verstehen aufgebaut und zur Voraussetzung nachfolgender Aktivitäten gemacht wird. So ist im ärztlichen Gespräch mit Patienten die Beschwerdenexploration Voraussetzung der Diagnosestellung und diese wiederum Voraussetzung der Therapieentwicklung. Der Diagnosestellung kommt dabei hinsichtlich des Verstehens eine besondere Funktion zu: Als abstraktiv komplexitätsreduzierende und medizinsystematische Aktivität ist sie per se Ausdruck der Verstehensarbeit durch ihren Zusammenhang mit der Beschwerdenexploration. Für die Beschwerdenexploration ihrerseits wird damit deutlich, dass in ihr ein auf wechselseitiges Verstehen gerichteter Austausch zentral ist. In professionellen Kontexten wird dabei aber auch deutlich, dass Verstehen und seine Dokumentation keine auf identischer Wahrnehmung von Sachverhalten abzielende Aufgabenstellung beziehungsweise Leistung der Gesprächsteilnehmer ist, sondern komplementär organisiert ist: Gesprächsteilnehmer interpretieren Ausdrücke und Sachverhalte in ihren jeweiligen Relevanzrahmen, der diesen zum Teil sehr weit auseinander liegende Bedeutung zuweist (so dürfte der Ausdruck <WEICH-

---

37 Siehe Sacks et al. (1974: 41).



teilinfekt> (Z. 66) im Beispielfall von A und P sehr unterschiedlich interpretiert werden).

Die *sozialstrukturelle* Dimension von Gesprächen bietet Gesprächsteilnehmern noch umfassendere Interpretationsressourcen: Bei Eintritt in ein Gespräch werden soziale Rollen relevant gesetzt, mit denen interaktive Handlungserwartungen und -verpflichtungen verbunden sind. Entsprechend werden Aktivitäten der Gesprächspartner auf deren Erfüllung hin oder als Verstöße dagegen interpretierbar.

Die unterschiedliche Wissensverteilung als sozialstrukturelle Tatsache ist für das Verstehen und die Herstellung intersubjektiven Wissens Ressource und Problem zugleich: Gesprächsteilnehmer können sich gegenseitig durch ihre unterschiedlichen Interpretationen unterstützen und neue Einsichten ermöglichen, sie können sich aber auch blockieren, wie das durchaus häufige Phänomen der *false friends* in medizinischer Kommunikation zeigt. Im Beispielfall spielen nicht aufgedeckte, medizinsystematische Implikationen von Fragen – die Implikation der exogen-endogen-Dichotomie in der Frage nach einem <unfall> und in der Frage nach <geLEnken oder so> (Z. 46) – zwar keine erkennbare (negative) Rolle, sie verdeutlichen aber die (oft sehr verdeckte) Distanz der Interpretationsvoraussetzungen von Gesprächsbeteiligten.

## 6 Schlussbemerkungen

In unserem Beitrag haben wir aus einer gesprächsanalytisch-verstehenstheoretischen Perspektive exemplarisch die Beschwerdenexploration in einem authentischen ärztlichen Gespräch untersucht. Aus dem Wechselspiel von Darstellen, Bestätigen, Hinterfragen, Zurückweisen oder Ausschließen entsteht in diesem Gespräch nach und nach die Kontur eines komplexen Beschwerdensachverhalts, die für beide Gesprächsteilnehmerinnen eine für die Zwecke des Gesprächs ausreichende Wissens- und Handlungsgrundlage darstellt. Einen erheblichen Anteil daran haben die Fragen der Ärztin, in denen auch dokumentiert wird, was sie aus den Darstellungen der Patientin verstanden hat, was für sie problematisch ist oder was ihr noch zum Verständnis des Beschwerdebildes fehlt. Darüber hinaus gibt die Ärztin mit ihren Fragen aber auch Verstehens- und Handlungsanweisungen für die Patientin.

In der Untersuchung wurde deutlich, dass den Gesprächsteilnehmerinnen für die gemeinsame Verständigungsarbeit und interaktive Wissenskonstitution nicht nur semantische Darstellungsmittel zur Verfügung ste-

hen, sondern dass sie auch auf eine Fülle interaktiver Ressourcen zugreifen können, um deutlich zu machen, was sie verstanden oder nicht verstanden haben beziehungsweise wie die Gesprächspartnerin Äußerungen und Aktivitäten verstehen soll. Interaktive Ressourcen finden sich auf verschiedenen Strukturebenen der Interaktion: der Sprach- respektive Ausdrucksebene, der Ebene der Interaktionsstruktur mit den Dimensionen Sequenzorganisation und Interaktionstypik sowie der Ebene der Sozialstruktur. Es zeigt sich auch, dass die verschiedenen Verständigungsmittel miteinander und Ebenen übergreifend korrelieren. Verständigungsarbeit und Wissenskonstitution begleiten die Interaktion dabei permanent, manchmal explizit, vielfach jedoch qua Vollzug fortführender Handlungen und wechselseitiger Ratifikation „bis auf Weiteres“ als implizite oder besser gesagt: immanente Begleiterscheinung des Interaktionshandelns und seiner spezifischen Organisationsstruktur selbst.

Die Untersuchung der Fragen, die die Ärztin im Beispielfall einsetzt, zeigt, dass verschiedene Frage-Typen unterschiedliche Funktionen erfüllen können und in unterschiedlicher Weise Verstehen dokumentieren beziehungsweise unterschiedliche Verstehensstatus und -konstellationen reflektieren, die von Nichtwissen über Teilverstehen bis zu beinahe subjektiver Gewissheit reichen. Die verschiedenen Frage-Typen können dabei von Interaktionsteilnehmern im Fortgang eines Gesprächs auch systematisch sequenziert und ihr Einsatz damit an den lokal erreichten Stand intersubjektiver Verständigung angepasst werden. Fragen erweisen sich so als ein prominentes Mittel der Verstehensarbeit im Gespräch, sie sind aufgrund ihrer verschiedenen Eigenschaften ein vielseitig einsetzbares interaktionsorganisatorisches „Allroundtalent“ zur interaktiven Dokumentation, Konstitution und Steuerung von Verstehen und Wissen.

Unsere Fallstudie zum Zusammenhang von Fragen und Verstehen in der Interaktion zwischen einer Ärztin und ihrer Patientin hat eine ganze Reihe aufschlussreicher Resultate und Hinweise dazu ergeben, aber – nicht verwunderlich – ebenso viele neue Fragen erzeugt: Wie operieren die Verstehensimplikationen der verschiedenen Frage-Typen in thematisch und handlungsorganisatorisch komplexeren Beschwerdenexplorationen? Welche Funktion hat der Zusammenhang von Fragen und Verstehen in der Beschwerdenexploration für andere Abschnitte eines ärztlichen Gesprächs (Diagnosestellung, Therapieentwicklung)? Wie werden Fragen lokal motiviert und woran zeigt sich das? Welche weiteren Verstehensressourcen lassen sich auf den verschiedenen Strukturebenen dingfest machen und wie ist deren wechselseitige Einflussnahme zu erfassen?

Diese Fragen können wir jetzt mit großem Optimismus angehen, eben weil Fragen selbst verstehensproduktiv sind.

## Literatur

- BILMES, JACK (1988): The concept of preference in conversation analysis. In: *Language in Society* 17, 161–181.
- BROCK, ALEXANDER (1996): Symmetrie und Asymmetrie in einem ‚phone-in‘. In: *Arbeiten aus Anglistik und Amerikanistik* 21, 2, 155–177.
- BROCK, ALEXANDER/MIER, DOROTHEE (2004): Macht – Hierarchie – Dominanz – A-/Symmetrie: Begriffliche Überlegungen zur kommunikativen Ungleichheit in institutionelle Gesprächen. In: *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 5(2004), 184–209.
- COUPLAND, NIKOLAS/GILES, HOWARD/WIEMANN, JOHN M. (Eds.) (1991): „Miscommunication“ and problematic talk. Newbury Park etc.
- DEPPERMAN, ARNULF (1999): *Gespräche analysieren*. Opladen.
- DEPPERMAN, ARNULF (2008): Verstehen im Gespräch. In: EICHINGER, LUDWIG M./KÄMPER, HEIDRUN (Hgg.) (2007): *Sprache – Kognition – Kultur. Jahresbuch des Instituts für Deutsche Sprache 2007*. Tübingen, 225–261.
- DITZ, SUSANNE (2005): Die Mitteilung der Diagnose Brustkrebs. In: NEISES, MECHTHILD/DITZ, SUSANNE/SPRANZ-FOGASY, THOMAS (Hgg.): *Patientenorientiert Reden – Beiträge zu psychosomatische Grundkompetenz in der Frauenheilkunde*. Stuttgart, 224–241.
- DITZ, SUSANNE (2006): Diagnose Brustkrebs: „Breaking bad news“. In: DITZ, SUSANNE/DIEGELMANN, CHRISTA/ISERMANN, MARGARETE (Hgg.): *Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs*. Stuttgart, 167–174.
- FEHLER, REINHARD (Hg.) (1998): *Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation*. Opladen/Wiesbaden.
- GÜNTHER, SUSANNE/KNOBLAUCH, HUBERT (1997): Gattungsanalyse. In: HITZLER, RONALD/HONER, ANNE (Hgg.): *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik*. Opladen, 281–307.
- HINNENKAMP, VOLKER (1998): Mißverständnisse in Gesprächen. Eine empirische Untersuchung im Rahmen der Interpretativen Soziolinguistik. Opladen/Wiesbaden.
- JEFFERSON, GAIL (1981): The Abominable Net. An Exploration of Post-Response Pursuit of Response. In: SCHRÖDER, PETER/STEGE, HUGO (Hgg.): *Dialogforschung. Jahrbuch 1980 des Instituts für deutsche Sprache*. Düsseldorf, 53–88.
- JUNG, SYBILLE (2005): Das präoperative Aufklärungsgespräch. Zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient. (Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, Bd. 39) Baden-Baden.
- LALOUSCHEK, JOHANNA (1999): Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch. In: BRÜNNER, GISELA/FEHLER, REINHARD/KINDT, WALTHER (Hgg.): *Angewandte Diskursforschung*. Bd. 1, 155–173.
- LÖNING, PETRA (2001): Gespräche in der Medizin. In: BRINKER, KLAUS/ANTOS, GERD/HEINEMANN, WOLFGANG/SAGER, SVEN F. (Hgg.): *Text- und Gesprächs-*

- linguistik. Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft. Berlin/New York., 1576–1588.
- LUUKKO-VINCENZO, LEILA (1988): Formen von Fragen und Funktionen von Fragesätzen. Eine deutsch-finnische kontrastive Studie unter besonderer Berücksichtigung der Intonation. Tübingen.
- MEIBAUER, JÖRG (1987): Zur Form und Funktion von Echofragen. In: ROSENGREEN, INGER (Hg.): Sprache und Pragmatik. Lund, 335–356.
- MEYER, BERNID (2000): Medizinische Aufklärungsgespräche. Struktur und Zwecksetzung aus diskursanalytischer Sicht. Hamburg: Universität Hamburg, Sonderforschungsbereich 538. (Arbeiten zur Mehrsprachigkeit - Folge B, Nr. 8/2000).
- NOREN, KERSTIN/LINELL, PER (2007): Meaning potentials and the interaction between lexis and contexts: An empirical substantiation. In: Journal of Pragmatics 17/3, 387–416.
- NOWAK, PETER (2007): Eine Systematik sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en. Metastudie über Diskursforschungen zu deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktionen. Wien: Dissertation Universität Wien.
- PATZELT, WERNER (1987): Grundlagen der Ethnomethodologie. München.
- POMERANTZ, ANITA (1984): Agreeing and disagreeing with assessments: some features of preferred/dispreferred turn shapes. In: ATKINSON, J. MAXWELL. /HERITAGE, JOHN (Eds.): Structures of social action. Studies in conversation analysis. Cambridge, 57–101.
- REDDER, ANGELIKA (1994): Eine alltägliche klinische Anamnese. In: REDDER, A./WIESE, I. (Hgg.). Medizinische Kommunikation. Opladen, 171–198.
- REHBEIN, JOCHEN (1993): Ärztliches Fragen. In: LÖNING, PETRA/REHBEIN, JOCHEN (Hgg.): Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin/New York, 311–364.
- REHBEIN, JOCHEN (1994): Zum Klassifizieren ärztlichen Fragens. In: REDDER, ANGELIKA/WIESE, INGRID (Hgg.): Medizinische Kommunikation. Opladen, 147–170.
- RIPKE, THOMAS (1994): Patient und Arzt im Dialog. Stuttgart/New York.
- ROST-ROTH, MARTINA (2003): In: Fragen – Nachfragen – Echofragen. Formen und Funktionen von Interrogationen im gesprochenen Deutsch In: Linguistik Online 13, 1/03. ([http://www.linguistik-online.de/13\\_01/rostRoth.html](http://www.linguistik-online.de/13_01/rostRoth.html))
- ROST-ROTH, MARTINA (2006): Nachfragen. Formen und Funktionen äußerungsbezogener Interrogationen. Berlin/New York.
- SACKS, HARVEY/SCHEGLOFF, EMANUEL/JEFFERSON, GAIL (1974): A simplest systematics for the organisation of turn taking in conversation. In: Language 50 (4), 1974, 696–735.
- SCHEGLOFF, EMANUEL A. (1990): On the organization of sequences as a source of „coherence“ in talk-in-interaction. In: DORVAL, BRUCE (Hg.): Conversational Organization and its Development. Norwood, NJ, 51–77.

- SCHEGLOFF, EMANUEL (1997): „Third Turn repair“. In: GUY, GREGORY R./FEAGIN, CRAWFORD/SCHIFFRIN, DEBORAH/ BAUGH, JOHN (Eds.): Towards a Social Science of Language 2. Amsterdam, 31–41.
- SCHEGLOFF, EMANUEL (2007): Sequence organization in interaction. A primer in conversation analysis. Cambridge.
- SELTING, MARGRET (1995): Prosodie im Gespräch. Aspekte einer interaktionalen Phonologie der Konversation. Tübingen.
- SELTING, MARGRET et al. (1998): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem. Linguistische Berichte 173, 91–122.
- SPIEGEL, CARMEN/SPRANZ-FOGASY, THOMAS (2001): Aufbau und Abfolge von Gesprächsphasen. In: BRINKER, KLAUS/ANTOS, GERD/HEINEMANN, WOLFGANG/SAGER, SVEN F. (Hgg.): Text- und Gesprächslinguistik. Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft. Berlin/New York, 1241–1252.
- SPRANZ-FOGASY, THOMAS et al. (1993): nein - doch - nein - doch - nein - doch. Negative Reaktionszyklen in Konfliktgesprächen. Quantitative und qualitative Sequenzanalysen. In: Deutsche Sprache 1/21, 63–79.
- SPRANZ-FOGASY, THOMAS (2005): Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen - Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In: NEISES, MECHTHILD/DITZ, SUSANNE/SPRANZ-FOGASY, THOMAS (Hgg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart. 17–47.
- SPRANZ-FOGASY, THOMAS (2005a): ‚widersprechen‘ - Zu Form und Funktion eines Aktivitätstyps in Schlichtungsgesprächen. Eine gesprächsanalytische Untersuchung. (Wiederveröffentlichung) Radolfzell.
- WATZLAWICK, PAUL/BEAVIN, JANET H./JACKSON, DON D. (1980): Menschliche Kommunikation. Formen, Strategien, Paradoxien. Bern.

## Transkriptionskonventionen nach GAT (Basistranskript, Selting et al. 1998)

### *Sequenzielle Struktur/ Verlaufsstruktur*

[ ]  
[ ]  
=

Überlappungen und Simultansprechen

schneller, unmittelbarer Anschluß neuer  
Beiträge oder Einheiten

### *Pausen*

(.)

Mikropause

(-), (→), (---)

kurze, mittlere, längere Pausen  
von ca. 0.25 - 0.75 Sek.; bis ca. 1 Sek.

(2.0)

Pause von mehr als ca. 1 Sek. Dauer

*Sonstige segmentale Konventionen*

un=äh	Verschleifungen innerhalb von Einheiten
ː, ːː, ːːː	Dehnung, Längung, je nach Dauer
äh, öh, etc.	Verzögerungssignale, sog. „gefüllte Pausen“
!	Abbruch durch Glottalverschluß

*Rezeptionssignale*

hm,ja,nein,nec	einsilbige Signale
hm=hm,ja=a,nei=ein	zweisilbige Signale
'hm'hm	mit Glottalverschlüssen, meistens verneinend

*Akzentuierung*

akZENT	Primär- beziehungsweise Hauptakzent
ak!ZENT!	extra starker Akzent

*Tonhöhenbewegung am Einheitenende*

?	hoch steigend
,	mittel steigend
—	gleichbleibend
;	mittel fallend
*	tief fallend

*Sonstige Konventionen*

( )	unverständliche Passage je nach Länge
(solche)	vermuteter Wortlaut

anweisungen oder Hinweise, inwiefern sie zuvor dargestellte Sachverhalte überdenken oder bestimmte Aspekte ihres Beschwerdenwissens fokussieren und (re-)aktivieren sollte. Auf diese Weise steuert A mit ihren Fragen den gesamten Gesprächsverlauf im untersuchten Ausschnitt.

Dabei verwendet A unterschiedliche Frage-Typen, mit denen unterschiedliche Funktionen einhergehen: W-Fragen, syntaktische Fragen und Deklarativsatzfragen.<sup>27</sup> Mit diesen Frage-Typen lassen sich ausgewählte Aspekte vorangegangener Bezugsäußerungen fokussieren, bereits angesprochene Sachverhalte thematisch weiter oder enger führen oder gänzlich neue Inhalte einbringen, um das Gespräch in eine andere Richtung zu lenken. Hinsichtlich *Verstehen* bedeutet dies, dass je nach Frage-Typ beim Fragenden ein Teilverstehen von Bezugsäußerungen vorhanden ist, eine Interpretation der Bezugsäußerungen oder des gesamten interaktiven Geschehens angeboten wird oder – beispielsweise bei der Abarbeitung eines Frageleitfadens – durch Ratifikation qua Vollzug weiterführender Handlungen<sup>28</sup> ein vollständiges, beziehungsweise interaktiv ausreichendes Verstehen des bisherigen Geschehens signalisiert wird.

Dass unterschiedliche Frage-Typen nicht nur verschiedene gesprächsorganisatorische und inhaltliche Funktionen erfüllen, sondern zugleich auch mit bestimmten Arten interaktiv relevanten Verstehens korrelieren, machen schon erste Beobachtungen des weiteren Gesprächsverlaufs deutlich. Denn auch As Frageaktivitäten setzen an Darstellungen Ps an, um ein gemeinsames Verstehen beider Gesprächsteilnehmerinnen zu erweitern beziehungsweise zu organisieren (oder zumindest, um das eigene ärztliche Fachwissen um das zur Diagnosestellung und Therapieentwicklung nötige handlungspraktische Wissen zu ergänzen). Dabei setzt die Ärztin W-Fragen, syntaktische Fragen und Deklarativsatzfragen in einer bestimmten Abfolge und zu bestimmten Zwecken ein. So finden sich unter As ersten vier Fragehandlungen neben der oben ausführlich behandelten syntaktischen Frage nach dem <unfall> drei W-Ergänzungsfragen:

- <NA weswegen kommen sie denn HER?> (Z. 1)
- <was is n das hier für n kleines LOCH-> (Z. 13)
- <wann WAR=n das?> (Z. 16)

Mit den vier Fragen fokussiert A spezifische, kategoriale Aspekte der Beschwerdenschilderung Ps: nämlich Kausalität, Phänomenologie und Zeit

27 Eine Übersicht zur Klassifikation von Frage-Typen in verschiedenen Grammatiken zur deutschen Sprache gibt Rost-Roth (2006: 44 ff.).

28 Spranz-Fogasy (2005a: 63).